

## **ТИПЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА АОРТЫ И ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ АНЕВРИЗМЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДИСТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

*Деркач В.В., Зеньков А.А., Сачек М.Г., Пушков И.Е., Выхристенко К.С.,  
Михневич А.В., Мышленок Д.Ф., Крисанов В.В., Лойко Н.Г., Шумейко И.А.,  
Степанец С.А., Тимкин И.С., Конопелько О.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»,  
УЗ «Витебская областная клиническая больница»*

**Введение.** Аневризма инфраренального сегмента аорты, нередко в сочетании с аневризмой подвздошных артерий, является самым распространенным типом истинной аневризмы, возникновение которой чаще всего обусловлено неспецифическими дегенеративными изменениями пораженной атеросклерозом ее стенки. Аневризма брюшной аорты представляет собой опасность из-за высокой склонности к разрыву. Показатели летальности после этого грозного осложнения остаются стабильно высокими и достигают 80%.

В последнее время отмечается увеличение числа больных АБА в связи с увеличением продолжительности жизни и появлением информативных методов диагностики – широкого использования ультразвукового сканирования и компьютерной томографии, ангиографии.

Несмотря на достаточный опыт лечения данной группы пациентов, серьезные послеоперационные осложнения наблюдаются примерно у 20% больных с летальностью в ранние сроки после операции до 5 %, а при разрыве аневризмы до 30%.

Одним из опасных осложнений является острая ишемия органов брюшной полости, чаще обозначаемая в литературе как ишемический колит, который выявляется с частотой от 2 до 12 % и более, особенно при разрыве аневризмы. Развитие ИК связывают, в основном, с выключением из кровотока нижней брыжеечной артерии (НБА) и внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Возникновение ишемического колита является значимой причиной послеоперационных осложнений и летальных исходов, и частота его за последнее время мало изменилась.

**Материалы и методы.** В период с 2007 по 2010 год были обследованы и оперированы 56 больных с АИСА и подвздошных артерий, из них у 13(28.5 %) выявлена изолированная аневризма брюшной аорты, у 4 (7,1%) – аневризма подвздошной артерии, у 28 (50%) сочетание АБА и АПА. Мужчин было 38 (68 %), женщин 18 (32 %).

**Результаты и обсуждение.** При плановой операции подготовка больного к резекции АИСА была стандартной. Оперативным доступом у 36 (64,2 %) больных была полная срединная лапаротомия, у 19(34 %) больных операция выполнялась через забрюшинный доступ, и у 1(1,7 %) больного – левосторонняя торакофренолюботомия по X межреберью в связи с непосредственной близостью почечных артерий к верхнему полюсу аневризмы.

Аорто-аортальное протезирование выполнено у 6 (10,7 %), Аорто-общеподвздошное - у 18 (32,1%), Аорто-бедренное - у 29 (51,7%). Аорто-бедренное и общеподвздошное - у 3 (5,8%) У 22 (39,2 %) больных были применены различные методы хирургической профилактики ишемических расстройств левой половины ободочной кишки: Имплантация НБА в протез 6 пациентам (27,2%), шунтирование ВПА от бранши протеза – 2 (9%) пациентам, восстановление кровотока по ВПА 14 пациентам (63,6%)

#### **Выводы.**

Среди факторов риска возникновения ишемического колита, нередко в сочетании их у отдельного больного. были обнаружены: разрыв аневризмы, выключение из кровотока проходимой нижней брыжеечной и внутренних подвздошных артерий, тромбоз имплантированной нижней брыжеечной артерии, атероземболия, кардиореспираторная недостаточность, кровопотеря и гиповолемия, долихосигма и копростаз.

После аневризмэктомии одна или обе внутренние подвздошные артерии должны быть сразу включены в антеградный, что предпочтительнее, или ретроградный кровоток. В противном случае необходима имплантация нижней брыжеечной артерии в протез.

При малейшем подозрении на возможную недостаточность кровоснабжения левой половины ободочной кишки должна быть выполнена дополнительная реваскуляризация путем имплантации нижней брыжеечной артерии и/или включение в кровоток приемлемым способом хотя бы одной внутренней подвздошной артерии.

Литература:

1. Веретенин В., Кохан Е., Бобров А., Митрошин Г., Образцов А., Батрашов В. Атеросклероз и аневризмы аорты (анализ секционных материалов).- Врач - Москва. -2008. - N 2. - с26-28.
2. Кохан Е.П., Митрошин Г.Е., Образцов А.В., Веретенин В.А. и др. Осложнения рентгенэндоваскулярного протезирования аневризм брюшной аорты. Материалы первого съезда сосудистых и эндоваскулярных хирургов Украины – Киев - 2006.
3. Кохан Е.П., Митрошин Г.Е., Веретенин В.А., Батрашов В.А., Пинчук О.В., Азбаров А.А., Иванов В.А., Бобков Ю.А. Послеоперационная летальность при лечении аневризм брюшной аорты. - Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН – Москва. - 2003. - Т.4. № 11 - с 116.